

Roda contínua de formació i consens

Les alertes en el comportament a l'edat escolar. Prevenció de conductes preocupants

Ramon Quilis

Sociòleg. Barcelona.

Introducció

Les conductes preocupants s'anomenen així perquè, segons la seva durada en el temps, poden comprometre la salut de la comunitat i la pròpia. Aquestes conductes corresponen a diferents tipus d'alteracions, tant en l'àmbit de la salut mental com en les conductes desafiantes més influenciables.

Protocol d'observació per sospita

Es poden considerar tres tipus diferents de protocols segons si l'origen de la sospita és: a) risc de lesió, b) símptomes depressius, c) drogoaddicció i d) assumptió de rols patològics.

Risc de lesió o ús de violència

Implica les següents tipologies: expressió d'extravagàncies, aversió, obsessió, fòbies, mania, intimidacions, autolesions, temptativa de suïcidi, lesions a tercers, clastomania i destructivitat, valoració desviada de la realitat, errors de percepció, trastorn per estrès posttraumàtic i/o desviació emocional.

Conflicte adaptatiu

En totes aquestes manifestacions s'expressa la intensitat del conflicte adaptatiu en el repte desafiant de la nostra societat on han decaïgut els valors educatius a favor de conductes reafirmants de valors efímers.

Aquest conflicte adaptatiu pot comportar el desenvolupament d'una neurosi així com de comportaments paranoics. En aquest sentit, els condicionaments ambientals que els delimiten són: demografia i interacció amb l'entorn, edat i estat evolutiu, sexe, ètnia, estatus i costums.

I així, l'atenció professional es durà a terme a partir de la detecció precoç, el diagnòstic diferencial, criteris de derivació, intervenció i observació de les possibilitats del jove.

Aquestes conductes s'han de contextualitzar, a partir de la família o a partir de la pròpia capacitat empàtica entre el nen i el seu entorn, en un binomi d'interrelació constant i d'avaluació diagnòstica. Per aquesta raó es fa difícil parlar de psicopatia infantil, atesa l'evolució paral·lela que ha tingut amb la demència precoç. Això ha implicat que no es pugui parlar d'infants o adolescents psicòpates, atesa la dificultat que implica integrar en el nen el concepte de psicopatia a causa d'una organització psíquica prèvia poc desenvolupada i, per altra banda, per l'absència de deliri crònic manifesta en els brots i manifestacions psicopàtiques adultes. Altrament, tenir en compte que algunes d'aquestes manifestacions no apareixen de forma escaient a l'afectació i, per tant, poden aparèixer sota una manifestació premòrbida encara no tipificada o no percebuda com a tal o no considerada com a part d'una organització simptomàtica disharmònica.

Símptomes depressius

Aquestes són les observacions que es realitzen des de salut mental i que estan definides per les següents característiques: violència —entesa com a causa principal de morbmortalitat en adolescents—, freqüència i interrelació de factors externs, tendències internes, violència com a forma de resolució, fracàs escolar, dèficit de formació ètica, crisis familiars i accés a armes amb intenció lesiva.

Hem de considerar que totes les intervencions poden iniciar-se des del diagnòstic psicossomàtic.

Protocols professionals

Aquests factors són detectables a partir del servei d'urgències, la derivació per acció violenta, l'agressió sexual, els maltractaments o la fiscalia.

Però, tot i això, ens hem de preguntar com justifiquem la violència, ja que una altra qüestió és la complaença per la necessitat de venjança malgrat, però, que aquest aspecte comportamental esdevingui per burles, baralles, manca

Correspondència: Ramon Quilis
Sociòleg
C/ València, 469, 1r 1a
08013 Barcelona
Mòbil 629 960 087
Adreça electrònica: vuelo7799@hotmail.com

de respecte, agressions prèvies, provocacions o l'ús d'armes de foc (segona causa de mort entre adolescents).

Des del punt de vista físic es manifesten els senyals visibles de l'acció lesiva, que actuen com a marcadors somàtics: ràbia, estrès, por, venjança, distorsió de la realitat o fallida cognitiva.

Aquests marcadors es tradueixen en tendències desafiantes, aversives i de reclam d'atenció i són el fonament de les següents condicions psíquiques: alteració dels afectes, alteració de les capacitats vinculants, trastorns de l'estat d'ànim i comportaments extravagants.

Principals desordres en l'estructura de la personalitat

L'expressió dels estats neuròtics a la infància i l'adolescència

Les neurosis tenen un nucli psíquic que els és comú. Són un psicotraumatisme ocorregut en algun període de la vida i que no ha estat correctament entès; d'aquí que aquests individus presentin algunes característiques d'infantilisme somàtic.

Les formes clíniques de les neurosis estan regides per quadres clínics no psicòtics i amb símptomes essencials en cadascuna d'elles:

- *Neurosi d'angoixa*. Amb angoixa permanent i por no justificada per causes reals. La seva expressió psíquica és l'ansietat. Es poden establir tres criteris en la seva localització: es dona en algunes personalitats psicopàtiques, el seu origen és ubicat a la infància, existeix un desequilibri neuroendocrí vegetatiu.
- *Neurosi fòbica*. Constituïda per un sentiment d'angoixa intensa sobre persones, coses o situacions, tot convertint-los en objectes de terror. Quant a patogènia, és una forma adquirida durant els primers anys de vida deguda a un psicotrauma que originà un desordre en l'estructura del comportament sexual. Com a exemple, podem dir que la repressió engendra angoixa, i com a defensa contra aquesta fòbia s'estableix la fòbia. Tot revisant la infància, trobem elements que anomenem prefòbics; són de caràcter primari i obeeixen a l'estructura interna de sentiments arcaics, com ara por a l'absència materna, por a la foscor, por a allò que es pugui trobar al darrere i por a alguns animals. Aquestes pors tenen la seva categorització en la configuració d'una idea absorbent, alta càrrega d'ansietat, angoixa i predomini del pensament màgic sobre el concret.
- *Neurosi obsessiva*. Està constituïda per un conjunt d'idees d'elevada fixació, incoercibles i penoses. Generen angoixa i ansietat. La repressió causa angoixa i la seva defensa és l'obsessió.

- *Neurosi depressiva*. S'instal·la en individus amb personalitat vulnerable i considerable inseguretat. Les disfuncions neuronals són causa d'algunes afectacions.
- *Personalitat psicopàtica histèrica*. Atenent a la producció dels símptomes, és una personalitat anormal, congènita, constitucional i dotada de potent predisposició congènita, amb respostes somàtiques i psíquiques particulars front als estímuls de l'entorn. Els seus psicotipus són els següents: a) intel·lecte: tendència a la mentida i a la mitomania, deficient judici entre el món lògic i el món imaginari, confusió entre allò objectiu i allò subjectiu; b) immaduresa afectiva: reaccions hiponoiques i hipobúlriques, humor canviant i poca empatia; i c) voluntat: individus dominats per la sugestionabilitat.
- *Personalitat histèrica psicògena*. Destaquen matrius d'inseguretat, tímidesa i necessitat d'estima. És el nucli de vivències desplaents.
- *Personalitat perversa*. Tendència a una contínua i progressiva producció d'agressivitat projectada cap al món exterior. És congènita i pot presentar-se combinada amb altres trastorns de personalitat; pot existir en forma latent com a característica premòrbida potenciadora la qual evidencia i agreuja la relació amb l'entorn. Es pot presentar en forma pura o combinada amb altres psicopaties. La seva evidència es fa palesa en l'àmbit familiar, escolar, laboral i social. En infants es manifesta clarament de forma precoç a partir de fets destructors (incendis, agressions, mentides i simulacions o expressions de crueltat). De manera precoç es manifesta en infants un cop arribada la preadolescència, malgrat que pot existir en formes premòrbides: renúncia a l'esforç, amoralitat, inafectivitat, inadaptació, vagància i fugides. Existeix un element passional que dota la perversió d'una connotació histèrica, amb expressió de malignitat, que es mostra en la pròpia vida social i en les relacions amb l'entorn. És la complaença amb el sofriment de l'altre. Fer mal es converteix en un requisit indispensable per a la satisfacció personal, que també caracteritza l'orientació perversa interior que té la seva sexualitat.
- *Personalitat amb fixacions compulsives*. Més enllà de les conductes de repetició i reincidència en el temps, només són justificables per la mancança que suposen. La seva repressió suposa l'aparició d'angoixa i tradueix mancances en el context maduratiu així com en l'afectiu-vinculant i en el comprensiu-intel·lectiu i en la maduració progressiva de sentiments originats a la infància. D'aquí que hi hagi desviacions emocionals que desemboquin en el neuròtic-pervers.
- *Assumpció d'un rol patològic*. Es fonamenta en l'execució d'accions sobre la base dependent de la culpa i el deute per inferioritat o manca d'autoestima. En les con-

ductes de morfologia delictiva s'estableix una pauta definida per l'odi, el rancor i la por. Això s'expressa amb una psicopatologia de la perversitat amb ansietat i estrès elevat així com manca d'empatia, que desdibuixen un possible trastorn adaptatiu a partir d'una possible carència afectiva.

En aquest sentit considerem com a preocupants els següents aspectes de la vida personal i social, per decisió o per inducció: precocitat lesiva, dificultats per a la inclinació empàtica, possible disfunció cognitiva, probable trastorn de la vinculació, victimització i les seves variants (suport a l'extorsió tot justificant-la, conegut com a síndrome d'Estocolm), rol agressor, rol desubicant, rol dissocial i rol antisocial (adhesió identitària a grups patològics).

Sobre la nosologia disharmònica

Quan parlem de nosologia ens referirem a estructures de comportament, de configuració prepsicòtica, així com a organitzacions disharmòniques i de patologia caracterial, raó aquesta per la que hi posarem el nostre interès en el desenvolupament del pronòstic. És a dir, el símptoma serà el marcador essencial a partir del que s'analitzarà l'evolució mòrbida de les organitzacions prepsicopàtiques, tot observant el símptoma que sigui tributari de desadaptació a partir del que es focalitza, des de l'angoixa fins a les pulsions agressives que permeten la progressió del seu progrés maduratiu fins a consolidar la seva morfologia en l'expressió destructiva.

Per tant, l'arrel on s'instal·la l'activitat disharmònica constata la impulsivitat, el nivell instintiu, la presència del vincle parental, la relació amb l'entorn, la resiliència, l'angoixa, l'exigència del jo, la maduresa pulsional i la sexualitat i tipus de relació objectal.

I és en aquest sentit que s'estableix el debat entre la psicogènesi i l'organogènesi dels trastorns, de cara a descriure un conjunt semiològic en la circumscripció d'un marc nosogràfic rigorós; és a dir, la disharmonia des d'un marc diacrònic que abasti els plànols afectiu i cognitiu així com en les pertorbacions funcionals d'etiologia orgànica en l'estructura cerebral.

Fins ara no s'ha trobat una simptomatologia pròpia de les prepsicosis; sí, però, símptomes endopsíquics, fòbies i rituals obsessius, així com manifestacions atribuïbles a un retard maduratiu, tendència a l'aïllament, dins una varietat simptomàtica que passa per una considerable incapacitat per a dominar alguns estats d'angoixa, considerada aquesta com a fruit d'una entitat nosològica dominada

constantment per la mala contenció de l'agressivitat, tot donant lloc a una extrema facilitat per al pas a l'acte.

És en aquest sentit que es considera un reforç en l'escissió de la personalitat, així com en el curs del judici i la capacitat de discernir. És possible que aquesta disfunció estigui continguda en forma latent, inactiva però present com a possibilitat i expressable de manera precoç a través de dispràxies com ara el fracàs escolar o la tendència a l'absentisme, així com amb elements constitutius de patologia caracterial que —de moment— només serien components de símptomes comuns i no tributaris de tipificació greu o alarmant. És a dir, no està definida per una fragilitat adaptativa i una evident rigidesa en el funcionament mental caracteritzat per símptomes d'evidència psicopàtica per la seva manca d'empatia. Això marcaria un desfasament important en les línies de maduració neurobiològica així com en l'organització de la personalitat, la sexualització i l'estructuració del jo infantil, raó per la qual el pas a l'acte vindria dominat per una resolució ego-distònica i absent de sofriment.

Conclusions

A partir d'aquests preceptes, el desenvolupament de les neurosis es produirà a partir d'estats afectius de rebuig, insuportabilitat i acció desviada per estrès intens, així com també per volició forçada. El trencament moral obliga a trencar els llaços afectius o els vincles relacionals entre l'entorn i el subjecte tot donant lloc a conductes de rebuig i eclosió respecte el medi extern; és a dir, una forma defensiva de protegir el jo enfront la percepció de trencament moral adversa i una molt perillosa pèrdua d'identitat.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Lykken D. Las personalidades antisociales. Barcelona: Ed. Herder; 2000.
2. Soria MA, Saiz D. Psicología criminal. Madrid: Ed. Pearson; 2005.
3. Rutter M, Guiller H, Hagell A. La conducta antisocial de los jóvenes. Madrid: Ed. Cambridge; 2000.
4. Beck A. Prisioneros del odio. Barcelona: Ed. Paidós; 2003.
5. Hayer JY. La destructividad en el niño y el adolescente. Barcelona: Ed. Herder; 2004.
6. Kassonove H, Chip R. El manejo de la agresividad. Bilbao: Ed. Desclée de Brower; 2005.
7. Kazdin A, Buela-Casal G. Conducta antisocial. Madrid: Ed. Pirámide; 1999.
8. Serrano Pintado I. Agresividad infantil. Madrid: Ed. Pirámide; 1998.
9. Bragado Álvarez C. Terapia de conducta en los trastornos de ansiedad. Madrid: UNED; 1999.